



SALINAN

BUPATI BANYUMAS
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI BANYUMAS
NOMOR 75 TAHUN 2021

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PURWOKERTO KABUPATEN BANYUMAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANYUMAS,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga Rumah Sakit harus memberikan pelayanan yang bermutu;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 3 dan Pasal 11 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, bidang kesehatan merupakan salah satu jenis pelayanan dasar yang merupakan urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh masyarakat.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf b, Rumah Sakit perlu menetapkan standar pelayanan minimal yang diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan keterukuran dan ketepatan sasaran;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto Kabupaten Banyumas;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6178);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 178);
11. Peraturan Bupati Banyumas Nomor 91 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto Kelas C (Berita Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2020 Nomor 92);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PURWOKERTO KABUPATEN BANYUMAS.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Banyumas.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Banyumas.
4. Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto yang selanjutnya disingkat RSK Mata Purwokerto adalah Unit Pelaksana Teknis yang bersifat Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksanaan teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Direktur adalah Direktur RSK Mata Purwokerto.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSK Mata Purwokerto yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien
8. Urusan Pemerintahan Wajib adalah Urusan Pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh Daerah.
9. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan.

10. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
11. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
12. Kebutuhan Dasar Warga Negara adalah barang dan/atau jasa dengan kualitas dan jumlah tertentu yang berhak diperoleh oleh setiap individu agar dapat hidup secara layak.
13. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.
14. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai dengan standar teknis agar hidup secara layak.
15. Program adalah penjabaran kebijakan Perangkat Daerah dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan fungsi.
16. Kegiatan adalah serangkaian aktivitas pembangunan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah untuk menghasilkan keluaran dalam rangka mencapai hasil suatu program
17. Kinerja adalah keluaran/hasil dari Kegiatan/Program yang akan atau telah dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas yang terukur.
18. Indikator Kinerja adalah tanda yang berfungsi sebagai alat ukur pencapaian Kinerja suatu Kegiatan atau Program dalam bentuk keluaran atau hasil.
19. Pembiayaan adalah setiap penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya.
20. Hari adalah hari kerja.
21. Standar Teknis adalah standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, sumber daya manusia dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSK Mata Purwokerto.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. guna menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSK Mata Purwokerto dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSK Mata Purwokerto dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini, meliputi:

- a. Jenis Pelayanan;
- b. Indikator Dan Standar Pelayanan;
- c. Target Dan Waktu Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
- d. Evaluasi;
- e. Pembinaan; dan
- f. Pengawasan dan Pelaporan.

BAB III JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, yang disediakan meliputi:

1. Pelayanan Rawat Jalan;
2. Pelayanan Rawat Inap;
3. Pelayanan Gawat Darurat;
4. Pelayanan Bedah;
5. Pelayanan Radiologi;
6. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
7. Pelayanan Visus;
8. Pelayanan Kaca Mata;

9. Pelayanan Farmasi;
10. Pelayanan Gizi;
11. Pelayanan Rekam medis;
12. Pengelolaan Limbah;
13. Pelayanan Administrasi Manajemen;
14. Pelayanan Ambulans;
15. Pelayanan Laundry;
16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana;
17. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

BAB IV

INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSK Mata Purwokerto.
- (3) Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib dilaksanakan oleh RSK Mata Purwokerto untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Struktural di lingkungan RSK Mata Purwokerto bertanggung jawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V

TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, memuat target dan waktu pencapaian SPM.

- (2) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan RSK Mata Purwokerto yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target Standar Pelayanan Minimal nasional.
- (3) Penyusunan target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar dapat menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.
- (4) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI EVALUASI

Pasal 7

- (1) SPM RSK Mata Purwokerto wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur RSK Mata Purwokerto.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM RSK Mata Purwokerto Kabupaten Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib disampaikan kepada Bupati guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Purwokerto

BAB VII PEMBINAAN

Pasal 8

- (1) Bupati wajib menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM RSK Mata Purwokerto.
- (2) Pembinaan penerapan SPM RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSK Mata Purwokerto sesuai dengan SPM.

- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

BAB VIII

PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 9

- (1) Bupati wajib menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM RSK Mata Purwokerto.
- (2) Pengawasan penerapan SPM RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

Pasal 10

- (1) Direktur RSK Mata Purwokerto menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSK Mata Purwokerto setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Purwokerto sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Purwokerto.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banyumas.

Ditetapkan di Purwokerto
pada tanggal 24 November 2021

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN

Diundangkan di Purwokerto
pada tanggal 24 November 2021
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANYUMAS

ttd

WAHYU BUDI SAPTONO
Pembina Utama Madya
NIP. 19640116 199003 1 009

BERITA DAERAH KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2021 NOMOR 76

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KABUPATEN BANYUMAS,



SUGENG AMIN, S.H., M.H.
Pembina Tingkat I
NIP. 196701281993021001

LAMPIRAN I

PERATURAN BUPATI BANYUMAS
NOMOR 75 TAHUN 2021

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA
PURWOKERTO

INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PURWOKERTO

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat <u>yang masih berlaku</u> BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien < 24 Jam	1. 100 % 2. 4 Jam 3. 100% 4. Satu tim 5. ≤ Lima menit terlayani, setelah pasien datang 6. ≥ 80 % 7. ≤ Dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap)

		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	setelah 8 jam 8. 100%
2.	Pelayanan Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter yang memeriksa dan mendiagnosa penyakit 2. Jam buka pelayanan 3. Waktu tunggu di rawat jalan 4. Kepuasan Pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % Dokter Spesialis mata 2. Setiap hari kerja 3. ≤ 60 menit 4. ≥ 80 %
3.	Pelayanan rawat inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 2. 100 % dokter spesialis 3. Ketersediaan ruang Rawat inap 4. 08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja 5. ≤1,5 % 6. ≤1,5 % 7. 100 % 8. ≤0,24%

		<p>9. Kejadian pulang paksa</p> <p>10. Kepuasan pelanggan</p> <p>11. Lama hari perawatan pasien operasi katarak</p>	<p>9. $\leq 5\%$</p> <p>10. $\geq 80\%$</p> <p>11. ≤ 2 hari</p>
4.	Pelayanan Bedah (Operasi)	<p>1. Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>2. Kejadian Kematian di meja operasi</p> <p>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi.</p>	<p>1. ≤ 1 minggu</p> <p>2. $\leq 1\%$</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. $\leq 6\%$</p>
5.	Pelayanan Radiologi	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi</p> <p>3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. ≤ 3 jam</p> <p>2. Dokter Sp.Rad</p> <p>3. Kerusakan foto $\leq 2\%$</p> <p>4. $\geq 80\%$</p>

6.	Pelayanan laboratorium	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤140 menit Kimia darah dan Darah rutin 2. Dokter 3. 100 % 4. ≥80 %
7.	Pelayanan visus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli refraksi pemberi pelayanan di ruang visus 2. Jam buka pelayanan di ruang visus 3. Waktu tunggu di ruang visus 4. Kepuasan Pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % ahli refraksi 2. Setiap hari kerja 3. ≤ 30 menit 4. ≥ 80 %
8.	Pelayanan Kaca Mata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli Refraksi pemberi pelayanan kaca mata di ruang kaca mata. 2. Jam buka pelayanan di ruang kaca mata 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % ahli refraksi 2. Setiap hari kerja
9.	Pelayanan farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. ≤60 menit b. ≤ 45 menit 2. 100 % 3. ≥80 % 4. 100 %
10.	Pelayanan gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥90 % 2. ≤20 %

		<p>pasien</p> <p>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</p>	<p>3. 100 %</p>
11.	Pelayanan rekam medik	<p>1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</p> <p>2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</p> <p>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p>	<p>1. 100 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. ≤10 menit</p> <p>4. ≤ 15 menit</p>
12.	Pengelolaan Limbah/sanitasi	<p>1. Baku mutu limbah cair</p> <p>2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan</p>	<p>1. a. BOD <30 mg/l b. COD <80mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2.100%</p> <p>2. 100%</p>
13.	Pelayanan administrasi dan manajemen	<p>1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian</p> <p>2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</p> <p>3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</p> <p>4. Ketepatan waktu pengurusan gaji</p>	<p>1. 100 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p>

		berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	5. $\geq 60\%$ 6. $\geq 40\%$ 7. 100 % 8. ≤ 2 jam
14.	Pelayanan ambulance	1. Waktu pelayanan ambulance 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 Jam 2. ≤ 30 menit 3. Sesuai ketentuan daerah
15.	Pelayanan pemeliharaan sarana	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. $\leq 80\%$ 2. 100 % 3. 100 %

16	Pelayanan laundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 %
17.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 2. 60 % 3. 75 %

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI BANYUMAS
 NOMOR 75 TAHUN 2021
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT KHUSUS MATA PURWOKERTO

URAIAN INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN
 RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PURWOKERTO

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit

Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
-------	--

Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter d a l a m 5 (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan anagn semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
-----------------------------------	--

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien Dating
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak

	pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di ruang periksa

Judul	Pemberi pelayanan di ruang periksa
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan di ruang pemeriksaan oleh dokter spesialis mata

Definisi Operasional	Ruangan pemeriksaan adalah ruangan yang digunakan untuk pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang dilayani oleh dokter spesialis mata
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka di ruang periksa yang dilayani oleh dokter spesialis mata dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka di ruang periksa dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 persen
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat jalan

2. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan pada hari kerja di RS Khusus Mata Purwokerto
Definisi Operasional	Buka pelayanan adalah setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis mata yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat jalan

3. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit Khusus Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat jalan/komite mutu/tim mutu

4. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	≥80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat jalan/ Tim mutu/panitia mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3) yang sudah memiliki sertifikat kompetensi di bidang mata
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap ada di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto)
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang diberikan kepada pasien tirah baring di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan mata yang terdapat pada Balai Kesehatan Mata Masyarakat
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

1. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Definisi operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di Balai Kesehatan Mata Masyarakat
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan

Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab rawat inap

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap/Ketua komite mutu/tim mutu

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang aman dan efektif

Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Balai Kesehatan Mata masyarakat.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu

11. Lama hari perawatan pasien operasi katarak

Judul	Lama hari perawatan pasien operasi katarak
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu perawatan pasien operasi katarak di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	jumlah rerata perawatan pasien operasi katarak minimal 2 hari
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Rekam medis
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu

IV. PELAYANAN OPERASI

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan

Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan

Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤6 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab kamar bedah

V. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi

Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkananya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %

Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi
------------------	----------------------------

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤140 menit (manual)
Penanggung jawab	Penanggung jawab laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut

Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab laboratorium

VII. PELAYANAN VISUS

1. Pemberi pelayanan visus

Judul	Pemberi pelayanan visus
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan visus oleh ahli refraksi
Definisi Operasional	Ruang visus adalah ruangan untuk memeriksa visus pasien di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto) yang dilayani oleh ahli refraksi setiap hari
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka pelayanan visus yang dilayani oleh ahli refraksi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka pelayanan visus dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab pelayanan visus

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan visus pada hari kerja
Definisi Operasional	Buka pelayanan adalah setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan visus yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan visus dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab pelayanan visus

b. Waktu tunggu pelayanan visus

Judul	Waktu tunggu pelayanan visus
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan visus pada setiap hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai di visus oleh ahli refraksi

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien dilayani visus yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien di layani visus yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien yang dilayani visus
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab pelayanan visus

4.Kepuasan Pelanggan pelayanan visus

Judul	Kepuasan Pelanggan pelayanan visus
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan visus yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif merata penilaian kepuasan pasien pelayanan visus yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien pelayanan visus yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	≥80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab pelayanan visus/Tim mutu/panitia mutu

VIII. PELAYANAN KACA MATA

1. Pemberian pelayanan koreksi/kir kaca mata di pelayanan Kaca Mata

Judul	Pemberi Pelayanan koreksi/kir kaca mata di pelayanan kaca mata
-------	--

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan koreksi/kir kaca mata di layanan kaca mata oleh ahli refraksi.
Definisi operasional	Rehabilitasi visus menggunakan lensa dengan ukuran dioptri terbaik yang dilayani oleh ahli refraksi setiap hari
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka pelayanan koreksi/kir kaca mata yang dilayani oleh ahli refraksi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka pelayanan kir/koreksi kaca mata dalam satu bulan
Sumber Data	Register Rawat Jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab pelayanan Kaca Mata

2. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka Pelayanan sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersediannya Pelayanan Kaca Mata pada hari kerja.
Definisi operasional	Buka pelayanan kaca mata setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan kaca mata sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan kaca mata dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat Jalan
Standar	100 %

Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab pelayanan Kaca Mata
------------------------------------	--------------------------------------

3. Waktu Tunggu di Pelayanan Kaca Mata

Judul	Waktu Tunggu di Pelayanan Kaca Mata
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Kaca Mata pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien menyerahkan resep kaca mata samapai kaca mata jadi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien di layanan kaca mata yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien di layanan kaca mata yang di survey
Sumber Data	Survey pasien dipelayanan kaca mata
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab pelayanan Kaca Mata

4. Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kaca Mata

Judul	Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kaca Mata
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kaca mata yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien di pelayanan kaca mata yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Pelayanan kaca mata yang disurvei (minimal $n=50$)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab pelayanan Kaca Mata

IX. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab farmasi

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan

Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤45 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

X. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi

Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap

XI. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab rekam medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab rekam medik

XII. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumahsakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XIII. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Manajemen terhadap upaya perbaikan pelayanan di RSKM
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan tingkat pertemuan kepala bagian yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur RSKM

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi RSKM dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan

Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RSKM untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis Rumah Sakit Khusus Purwokerto (RSKM Purwokerto), dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur RSKM

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober

Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala sub bagian tata usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala sub bagian tata usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RSKM ataupun di luar RSKM yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala sub bagian tata usaha

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	efisiensi, efektivitas
Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSKM
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	sub bag keuangan
Standar	≥40 %
Penanggung jawab	Kepala sub bagian tata usaha /Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSKM
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100
Penanggung jawab	Kepala sub bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	tiap 6 bulan
Periode analisis	tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif

Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XIV. AMBULANCE

1. Waktu pelayanan ambulance

Judul	Waktu pelayanan ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto (RSKM Purwokerto)

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di di Rumah Sakit Khusus Mata Purwokerto
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSKM dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance

Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSKM sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance

XV. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Pwnanggung jawab laundry

XVI. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan

Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium

Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab laboratorium

XVII. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan

Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka

Operasi Ili: Infeksi

Luka Infus

VAP : Ventilator Associated

Pneumonia ISK : Infeksi

Saluran Kemih

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN